

DE LA
GUÉRISON DU GOITRE CHARNU

par la Luxation et l'Exposition

THYROÏDECTHESIS OU EXOTHYROPEXIE

(OPÉRATION DE JABOULAY)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Mars 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BENOIT GÉRARD

Né le 16 Juin 1865, à Saint-Étienne (Loire)

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1893

DE LA
GUÉRISON DU GOITRE CHARNU

par la Luxation et l'Exposition

THYROÏDECTHESIS OU EXOTHYROPEXIE

(OPÉRATION DE JABOULAY)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Mars 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BENOIT GÉRARD

Né le 16 Juin 1865, à Saint-Étienne (Loire)

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELÔT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEVIC.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. LANNOIS et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON VIEUX AMI, MON PÈRE

DE LA MONTAGNE DE LA MONTAGNE

A MES PARENTS

DE LA MONTAGNE DE LA MONTAGNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Il est peu de questions de thérapeutique chirurgicale qui aient paru aussi nettement tranchées, dans ces dernières années, que le traitement curatif du goitre.

Deux méthodes opératoires se partagent en effet la faveur des chirurgiens, et nous les trouvons nettement exposées dans deux thèses de cette Faculté inspirées par M. le professeur Poncet : l'une sur *la Strumectomie ou énucléation intra-glandulaire du goitre*, soutenue en 1891 par M. Fontaine de Puelle ; l'autre sur *la Thyroïdectomie partielle*, soutenue également devant notre Faculté en 1892 par M. Augier.

Dans ces deux excellentes monographies, se trouvent envisagées les deux formes essentielles de goitre, soit au point de vue de leur constitution anatomique, soit également au point de vue du traitement qui leur convient.

En dehors en effet du goître cancéreux, que nous laissons complètement à part, on rencontre deux variétés anatomiques de goître très distinctes l'une de l'autre, du moins par leurs caractères macroscopiques, et qui ne le sont pas moins par la nature de l'intervention qu'ils réclament.

A la première variété appartiennent les goîtres kystiques ou encapsulés, soit qu'il s'agisse de tumeurs charnues, ou au contraire à contenu plus ou moins liquide.

Ce qui caractérise essentiellement cette forme, c'est l'existence d'une membrane d'enveloppe qui, en raison de ses caractères d'énucléabilité, a précisément donné au professeur Socin (de Bâle), l'inventeur de cette méthode opératoire, l'idée de procéder à l'énucléation intra-glandulaire, à la strumectomie. Jusqu'à lui, on avait toujours recours à la thyroïdectomie, c'est-à-dire à l'amputation méthodique, après ligature des thyroïdiennes, d'une partie ou de la totalité de la thyroïde.

Les accidents de cachexie strumiprive, consécutifs à l'extirpation totale de la glande, ont complètement discrédité, et avec raison, cette opération. Aujourd'hui, les chirurgiens qui opèrent des goitreux n'enlèvent systématiquement qu'une partie plus ou moins étendue de la thyroïde malade.

Comme l'a très bien indiqué M. Augier dans sa thèse, d'après les observations de M. le professeur Poncet, les goîtres justiciables de la strumectomie, d'après leur struc-

ture, se rencontrent le plus souvent. D'après la statistique des malades opérés par M. Poncet, on les observerait quatre fois sur cinq ; mais, dans un cinquième des cas, l'hypertrophie thyroïdienne affecte une tout autre physiologie ; il s'agit d'un véritable bloc charnu qui rend le tissu thyroïdien comparable au parenchyme hépatique. Il n'existe aucune trace de capsule, de membrane d'enveloppe ; aussi ne peut-on recourir à une énucléation intraglandulaire, et doit-on employer la thyroïdectomie partielle.

Jusqu'à ce jour ces deux méthodes opératoires, ainsi que nous l'avons dit, constituaient le traitement de choix des goîtres s'accompagnant de troubles fonctionnels. Elles ont été bien décrites et mises en évidence dans les deux thèses que nous venons de citer. Aussi, notre intention n'est-elle point d'apporter une nouvelle contribution à l'étude de ces deux modes opératoires. Nous n'essayerons pas davantage d'exposer l'histoire du traitement chirurgical du goitre. C'est là une question que l'on trouve traitée un peu partout ; et, selon nous, les vrais procédés curatifs des goîtres chirurgicaux ne remontent pas au delà de la période antiseptique, inaugurée depuis quelques années seulement.

Avant cette époque, l'arsenal thérapeutique est loin de manquer de moyens, de procédés, et pour lutter contre le développement des goîtres, et pour triompher des troubles fonctionnels qui les accompagnent. Mais ici

encore, richesse était synonyme de pauvreté, et nous ne saurions entrer dans la discussion des traitements, des opérations multiples, autrefois préconisés, qui ne pouvaient donner la plupart du temps que des résultats incertains.

Notre but, aujourd'hui, est de montrer qu'en dehors de la strumectomie et de la thyroïdectomie, si bien étudiées soit à l'étranger, soit en France, et tout particulièrement dans le service de M. le professeur Poncet, où nous avons recueilli la plupart de nos observations, des manœuvres chirurgicales non encore décrites permettent d'obtenir parfois l'atrophie des masses pathologiques thyroïdiennes. Elles peuvent aussi, dans certains cas, constituer le traitement de choix de goîtres s'accompagnant d'accidents plus ou moins graves. Le traitement que nous proposons paraît ne devoir s'appliquer jusqu'à présent qu'à la variété clinique de goitre charnu, parenchymateux, pour lesquels on pratiquait jusqu'ici la thyroïdectomie partielle.

Nous avons eu la bonne fortune de voir opérer de la sorte, dans le service de M. Poncet, par M. Jaboulay, un jeune homme porteur d'un volumineux goitre suffocant; et chez lequel la simple mobilisation à ciel ouvert du goitre, sa luxation au-dessus de la ceinture osseuse qui l'entourait, entraîna l'atrophie rapide de la tumeur, et la disparition de troubles fonctionnels graves.

C'est la première fois que pareille méthode opératoire

a été *méthodiquement* pratiquée. Le mérite en revient à M. le professeur agrégé Jaboulay. C'est là le point de départ de notre travail.

Plusieurs fois auparavant, ainsi que nous en donnons la relation dans quelques observations, M. Poncet avait été frappé, chez quelques-uns de ses opérés, de la disparition rapide des masses thyroïdiennes laissées en place après une thyroïdectomie partielle. C'est ainsi que chez un de ces thyroïdectomisés en 1890, après l'ablation seule du lobe droit énormément hypertrophié, il vit le lobe gauche laissé en place, et qui était en apparence d'un poids sensiblement égal, se fondre petit à petit, sans qu'aucun autre traitement eût été institué. Cette atrophie, dont rendent bien compte deux autres observations, a été notée par MM. Poncet et Jaboulay dans plusieurs autres observations.

Aussi, pour libérer la trachée, soit pour la soutenir, et se mettre ainsi à l'abri d'accidents de suffocation post-thyroïdectomiens, soit encore pour hâter l'atrophie des parties restantes, M. le professeur Poncet avait-il, chez trois sujets thyroïdectomisés partiellement pour un goitre charnu, détaché méthodiquement avec les doigts, des tissus voisins, le lobe restant. Il l'avait soulevé au-dessus de la ceinture osseuse, l'exposant ainsi dans la plaie ; et de parti pris, le couvrant de gaze iodoformée, sans chercher une réunion par première intention. Chez ces opérés, l'atrophie survint promptement ; et aujourd'hui, plusieurs

années après l'opération, le lobe hypertrophié peut être considéré comme revenu à son volume normal.

Dans un premier chapitre, nous dirons ce qu'il faut entendre sous le nom de goîtres charnus parachymateux, les seuls dont nous nous occupions ici. Nous passerons en revue les troubles fonctionnels qui les accompagnent et qui justifient véritablement l'intervention chirurgicale.

Dans un second chapitre, nous envisagerons les faits suggestifs dans lesquels la thyroïdectomie partielle s'est accompagnée d'une atrophie des tissus thyroïdiens laissés en place. Nous présenterons aussi quelques observations dans lesquelles certaines manœuvres, en dehors de la thyroïdectomie, ont entraîné le même résultat.

Notre troisième chapitre aura pour objet la belle observation de M. Jaboulay, ainsi que celle de M. le professeur Poncet, en mettant en lumière le procédé opératoire.

Dans un dernier chapitre, nous tâcherons d'exposer les considérations diverses auxquelles elles donnent lieu.

Dans ce travail, naturellement incomplet, nous espérons montrer qu'en dehors des opérations décrites jusqu'à ce jour, et tout particulièrement de la thyroïdectomie partielle, qui présente encore de la gravité, en raison de la vascularité de certains goîtres charnus, il est parfois possible d'obtenir le même résultat avec des opérations plus simples, moins graves, et dont le champ s'étendra très probablement encore.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de

témoigner notre gratitude à nos maîtres de Lyon, et surtout à M. le professeur Poncet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et dont les conseils nous ont mis à même de mener à bien cette modeste monographie.

Que M. le professeur agrégé Jaboulay veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'observation qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer, et les conseils qu'il nous a donnés.

DE LA

GUÉRISON DU GOITRE CHARNU

PAR LA LUXATION ET L'EXPOSITION

THYROÏDECTHESIS OU EXOTHYROPEXIE

(OPÉRATION DE JABOULAY)

CHAPITRE PREMIER

Il nous paraît nécessaire de dire ce que nous entendons sous le nom de goitre charnu parenchymateux. Il est bien entendu que les distinctions établies entre les différentes formes de goitres ne le sont que dans un but pratique et thérapeutique, les unes et les autres n'étant pas justifiables de la même opération. La distinction est d'ailleurs difficile à faire le plus souvent. Certains goitres polycharnus, à contenu liquide ou demi-solide présentent parfois les mêmes caractères que les goitres franchement charnus, avec hypertrophie totale du parenchyme thyroïdien, et sans qu'il soit possible de distinguer les portions enkystées et séparément énucléables. Mais, cependant, dans beaucoup de cas, et c'est là le point important, on reconnaît la oui ou non-énucléabilité de la tumeur, après la simple incision de la peau et des parties molles.

La glande thyroïde est composée d'une charpente de

tissu connectif formant des cloisons circonscrivant des lobes qui renferment à leur tour des follicules entre lesquels se continue un tissu interstitiel délicat. Ces cloisons servent de substratum à des vaisseaux plus ou moins volumineux qui forment un riche réseau autour des follicules. C'est le tissu parenchymateux qui, dans le goitre qui nous occupe, fait presque tous les frais de l'hypertrophie. Le tissu interstitiel n'y prend que très peu de part. La vascularité du tissu n'est pas très grande. Et, comme nous le verrons plus loin, l'hémorragie opératoire provient des grosses veines périphériques cheminant dans la lame mi-fibreuse, mi-parenchymateuse, qui forme la capsule du goitre.

L'hypertrophie est due à une production anormale de substance colloïde dans les follicules. Lorsque la pression intra-folliculaire a aplati les épithéliums, atrophié le tissu conjonctif et la membrane propre des follicules, enfin interrompu la circulation, les follicules confluent en petits noyaux, qui peuvent se développer ultérieurement et finir par s'isoler les uns des autres. On comprend donc que microscopiquement, il n'y a qu'un degré de plus ou de moins dans l'histologie du goitre énucléable et celle du goitre charnu parenchymateux proprement dit.

Quoi qu'il en soit, le goitre charnu tel que nous l'entendons présente à la coupe macroscopique, une surface non granuleuse, de coloration rouge brun ; un tissu dense ressemblant comme consistance et densité au tissu hépatique. C'est un bloc charnu se laissant casser difficilement. Sa caractéristique, au point de vue clinique, c'est l'absence de noyaux énucléables.

Que ce soit la prolifération excessive de la cellule

glandulaire elle-même, qui constitue le processus essentiel de l'hyperplasie, suivant Virchow; que ce soit la prolifération de cellules embryonnaires conjonctives, suivant Woelfer, nous constatons simplement ceci :

D'un côté, la ceinture costo-sterno-claviculaire poursuivant son développement ossiforme; de l'autre, la glande fixée dans son stade fœtal par un arrêt de développement d'une étiologie quelconque, et continuant à proliférer. A un certain moment, enserrée par la ceinture osseuse, elle poussera du côté le moins résistant. La tumeur n'agira pas à la façon d'un anneau constricteur. Mais ne trouvant pas place du côté de la ceinture osseuse renforcée de muscles et d'aponévroses, elle sera refoulée contre le conduit laryngo-trachéal, l'œsophage, le paquet vasculo-nerveux du cou, et produira des troubles de la respiration, de la circulation, de l'innervation, ces derniers particulièrement complexes de par la présence des nerfs grand sympathique, récurrent, vague, phrénique, ce qui a pu faire dénommer cette région par Brown-Séquards, la région des réflexes.

La compression de l'œsophage produit une dysphagie plus ou moins complète qui, sans entraîner menaces de mort, dénote un accroissement de la tumeur, et concourt à indiquer une intervention rapide.

Les artères carotides comprimées peuvent produire des troubles circulatoires de l'encéphale, car il nous paraît évident que, si la rate est une sorte de diverticulum de la circulation abdominale, le corps thyroïde doit jouer le rôle de diverticulum de la circulation encéphalique. Les rapports de cette dernière sont, en effet, intimes avec celle du corps thyroïde, et toute dilatation des artères thyroï-

diennes détournera une certaine quantité de sang des artères du cerveau : une anémie cérébrale, et peut-être un état crétinoïde, peuvent en résulter.

Le nerf récurrent semble, plus que tous les autres, atteint par l'hypertrophie du corps thyroïde, ainsi que le démontrent la fréquence et la rapidité des troubles de la phonation.

Si nous avons réservé la dernière place aux troubles respiratoires, c'est que leur présence constitue la plus sérieuse des indications opératoires par ce fait qu'ils peuvent entraîner la mort à bref délai. C'est tantôt une dyspnée croissante, tantôt des accès paroxystiques de suffocation pouvant tuer le malade. Il y a quelquefois sifflement trachéal, tirage, cornage, raucité de la voix, ou même aphonie mécanique. Après un accès, il faut en redouter d'autres; et l'on ne peut prévoir quelle sera la gravité de l'accès à venir.

Nous n'insisterons pas sur les déviations imprimées à la trachée : courbures, aplatissement en fourreau de sabre, en carène; altérations profondes des parois trachéales. S'il se produit une coudure brusque de la trachée, les conditions de la circulation pulmonaire seront rompues, et la mort subite pourra s'ensuivre.

Le tableau des accidents que nous venons de passer rapidement en revue, peut se rencontrer dans toutes les variétés de goîtres. Mais c'est principalement celle que nous avons en vue qui donne lieu au terrible goitre suffocant. Aussi, si d'après Ferrus le goitre passait à Saint-Jean-de-Maurienne pour un agrément, ce n'est certes pas le cas de celui-ci.

Souvent, en effet, il faut intervenir pendant l'accès de

suffocation, si l'on veut prévenir une terminaison fatale. Mais, alors qu'il n'y a que la dyspnée, faut-il agir immédiatement ? Certes oui, car c'est un indice de l'accroissement de plus en plus gênant du corps thyroïde. A quelle opération nous adresserons-nous ? C'est après avoir exposé quelques faits où non seulement certaines manœuvres parèrent aux accidents de suffocation, mais encore entraînèrent l'atrophie des parties hypertrophiées laissées en place, que nous poserons nos conclusions. Nous tâcherons de montrer que désormais nous pouvons, dans beaucoup de cas, à une opération grosse de conséquences, substituer une méthode ayant le mérite d'être plus simple, moins dangereuse, et donnant les mêmes résultats curatifs.

CHAPITRE II

L'observation clinique a souvent montré qu'après des interventions sanglantes sur des tumeurs thyroïdiennes, et surtout après des thyroïdectomies partielles, la portion thyroïdienne hypertrophiée et laissée en place s'était atrophiée. En particulier, depuis quelques années, M. Poncet et M. Jaboulay avaient observé des phénomènes semblables. Nous pourrions citer un assez grand nombre d'observations de ce genre empruntées soit à Reverdin, soit à Kocher, soit à d'autres opérateurs. Nous nous contentons, dans ce chapitre, de présenter quatre opérations empruntées au service de M. le professeur Poncet, trois ayant trait aux suites d'une thyroïdectomie partielle, une à celles de la strumectomie.

Des faits de ce genre sont éminemment instructifs. Ils avaient été, du reste, depuis quelque temps signalés par d'autres observateurs : en dehors des cas où, après l'extirpation de nodosités circonscrites, *Kropfknoten*, le reste de la glande hypertrophiée, a rétrocedé, J. Wolff avait remarqué l'*involution* des lobes goitreux respectés. Chez

un garçon de quinze ans, il laissa le lobe droit, moins développé; dès la première semaine, on s'aperçut qu'il diminuait de volume. Au bout d'un mois, on ne le sentait plus; aujourd'hui, après une année, on dirait que le malade a subi la thyroïdectomie totale. Mais, ce qui est encore plus curieux, il a suffi à Sydney Jones d'une incision de l'isthme thyroïdien, d'une résection peu considérable des extrémités isthmiques des lobes latéraux, pour constater une atrophie consécutive de ces lobes, qu'il qualifie de remarquable. Nous croyons bien faire en traduisant les trois observations dans lesquelles ce chirurgien ne cherchait d'abord, il le dit lui-même, qu'à faire disparaître les troubles fonctionnels, et où il constata consécutivement l'atrophie.

OBSERVATION I

Ablation partielle d'un énorme goitre charnu. — Extirpation du lobe latéral droit considérablement hypertrophié, suivie de l'atrophie du lobe gauche laissé en place.

S. J..., dix-neuf ans, typographe, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1890. Il se plaint d'un énorme goitre suffocant. Le malade a absorbé des doses énormes d'iodure de potassium sans aucun résultat. Il a fait à la Croix-Rousse un séjour de quelques semaines; mais le chirurgien de l'hospice n'a pas cru devoir opérer.

Le cou était énorme et mesurait 48 centimètres de circonférence; cyanose, tirage, asphyxie progressive, suffocation imminente.

Opération. — Longue incision en T. Laryngotomie inter-crico-

thyroïdienne, application de la longue canule de M. Poncet. La tumeur enlevée pèse 500 grammes. Quelques semaines après, le cou ne mesure plus que 40 centimètres. Cicatrice médiane longue de 10 centimètres, large de 2 centimètres en bas, 3 en haut. Excellent état général.

8 mars 1893. — Nous avons eu des nouvelles de ce malade : le lobe laissé en place est revenu à son état normal. L'opéré peut travailler sans fatigue, respire très bien. La cicatrice ne le gêne en rien. Son état de santé est excellent.

OBSERVATION II

R. L..., dix-huit ans, employé, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 juin 1891.

Depuis six mois, il accuse une gêne de la respiration qui ne fait que s'accroître. La marche le fatigue beaucoup. Il ne peut se livrer à aucun exercice violent sans être pris de dyspnée et de suffocation. Il présente une tumeur au-devant de la trachée, déformant le cou qui est uniformément élargi. Le creux de la fourchette sternale est effacé. La tumeur plonge profondément derrière le sternum. La parole est gênée et fatigue le malade.

Opération le 19 juin. — Incision médiane.

Arrivé sur la tumeur, on la trouve à peine bosselée, d'apparence charnue. Le lobe médian plonge de 3 à 4 centimètres au-dessous de la fourchette sternale ; on le luxé ; en l'incisant sur un point, on reconnaît qu'il est exclusivement charnu, et qu'il se continue par un pédicule de 5 à 6 millimètres avec le lobe latéral droit. L'incision est prolongée par en haut, et transformée par une incision perpendiculaire, en incision en T.

A ce moment, quelques accidents asphyxiques. La tumeur enserre la trachée : elle lui est adhérente par du tissu fibreux, dense, criant sous le bistouri. On pratique la trachéotomie. On extirpe les lobes droit et médian.

26 juin. — La cicatrisation marche rapidement ; et le malade reprend promptement ses forces.

Quelques mois après, le lobe gauche s'est atrophié.

Le cou a repris sa grosseur normale.

12 mars 1893. — Nous avons eu des nouvelles du malade actuellement en Tunisie, et jouissant d'une bonne santé.

OBSERVATION III

D. P..., entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1892.

Opération le 22 février: l'enfant est opéré le matin même de son entrée, en raison des troubles respiratoires graves qu'il présente. Tirage et asphyxie progressive. Incision en T à droite pour l'ablation du lobe latéral correspondant. Il paraît s'agir d'un goitre suffoquant par enfoncement des lobes latéraux hypertrophiés au-dessous de la première côte.

Incision des muscles recouvrant la tumeur à droite. On reconnaît que la tumeur est charnue, l'énucléation est impossible. On manœuvre alors en vue d'une thyroïdectomie partielle. La tumeur est mobilisée sur la ligne médiane, et les thyroïdiennes sont liées séparément.

Aucun incident opératoire ; ablation sans difficulté du lobe latéral droit. La trachée est aplatie en lame de sabre. On mobilise le lobe gauche qui plonge, et comprime la trachée ; on le luxe en dehors, en avant de la trachée, entre les lèvres de la plaie, où on le fixe.

Pansement à plat avec la gaze iodoformée.

29 février. — On change le pansement. La tumeur thyroïdienne, c'est-à-dire le lobe gauche laissé en place, a diminué des trois quarts de son volume.

Elle est recouverte de granulations.

Aucun signe d'infection.

La tumeur enlevée pèse 65 grammes. A la coupe, elle est constituée par du tissu glandulaire d'apparence mucoïde. On voit des grains muqueux réunis ensemble, et comme feutrés.

Nous avons revu ce malade le 28 février 1893. Il exerce la

profession de jardinier ; il respire bien, et n'est incommodé par aucun effort. La circonférence du cou est de 33 centimètres à la base, et 31 au point culminant. La cicatrice est longue de 5 centimètres, large de 2 en haut et de 1 en bas. Elle est tirillée par des brides de la peau du cou très rétractile. Santé excellente.

OBSERVATION IV

Atrophie des lobes latéraux légèrement hypertrophiés après énucléation d'un goitre médian du volume d'un œuf de poule

Il s'agit d'un jeune homme, aujourd'hui âgé de vingt ans, opéré une première fois par M. Daniel Mollière en 1885. L'opération avait consisté dans le drainage de la tumeur avec du crin de Florence.

En 1890, le malade entra dans le service de M. Poncet pour des troubles fonctionnels graves provoqués par le goitre. On constatait en ce moment l'existence, sur la ligne médiane, d'une tumeur plongeante en même temps qu'une hypertrophie uniforme des deux lobes latéraux, M. Poncet pratiqua la strumectomie, le 21 février 1890.

L'opération fut un peu plus laborieuse que de coutume, en raison des adhérences de la poche avec les tissus voisins, adhérences consécutives à la première opération. Le kyste était charnu dans la plus grande partie de sa masse. Les suites furent simples, et le malade après quelques jours quitte l'hôpital avec un état général et local satisfaisant.

Nous avons revu le malade le 11 mars 1893, c'est-à-dire trois ans environ après l'opération. Devant tirer au sort, il était venu réclamer un certificat attestant l'opération qu'il avait subie.

Le cou, chez lui, a sa forme normale ; il n'existe qu'une légère tumeur, de la grosseur d'une petite noisette, provenant probable-

ment d'un noyau oublié. Le reste a disparu. Il se plaint de quelques troubles subjectifs : gêne respiratoire, etc., lorsqu'il fait des efforts, accidents d'une interprétation difficile en tant que réalité, car cet opéré est à la recherche d'un motif d'exemption militaire.

OBSERVATION V

(*The Lancet*, 1883.)

Hypertrophie de la glande thyroïde, avec compression de la trachée occasionnant de graves accès de dyspnée. Section de l'isthme : atrophie des lobes latéraux.

W..., D..., laboureur, dix-huit ans. Entre à l'hôpital Saint-Thomas, porteur d'une tumeur thyroïdienne qui depuis quelques mois s'est fortement accrue. Apparences d'une fort bonne santé ; cheveux et yeux noirs. Dyspnée considérable augmentée par l'effort. L'hypertrophie porte principalement sur les lobes latéraux, le droit surtout. L'isthme se dessine très bien en travers de la trachée, s'étendant au-dessous de ses limites normales d'environ 2 cm. 5. Un peu de douleur à la pression. La trachée est légèrement déviée à gauche de la ligne médiane. Au stéthoscope, bruits normaux de la respiration et du cœur. Pas d'exophtalmie, urine normale.

La circonférence du cou au point culminant de la tumeur est de 43 cm. 75.

Opération, le 17 mars. — Comme il est évident que le traitement chirurgical seul pouvait soulager le malade, M. Sydney Jones, après avoir endormi le malade, fait, sur la ligne médiane, une incision d'environ 9 centimètres de long, jusqu'à la fourchette sternale. Il sectionne quelques petites veines entre deux ligatures, maintient les autres écartées. Il détache avec le doigt et la sonde directrice l'isthme, du devant de la trachée, et le soulève ; puis, avec une aiguille à anévrysme chargée d'une double ligature, per-

fore aisément le point de jonction de l'isthme avec chaque lobe latéral. La double ligature est faite de chaque côté comme pour un pédicule ovarien. L'isthme est sectionné et on laisse pendre les fils pour servir de drains.

La trachée était considérablement comprimée, d'une forme triangulaire; le sommet en avant et chaque face latérale quelque peu concave. Les cartilages étaient fermes et ne semblaient pas ramollis. Immédiatement après l'opération, le malade semble beaucoup soulagé. Très peu d'hémorragie; l'opération n'a pas été exécutée sous le spray; mais on a fait un pansement antiseptique.

Le soir, suintement séro-sanguinolent. Température, 36°,5.

18 mars. — Considérable suintement séro-sanguinolent tout le jour. On enlève le pansement et on y substitue un tampon glacé de gaze antiseptique recouvert de coton-laine salicylée. On le change toutes les demi-heures. Températures : 2 heures du matin, 37°,2. — 2 heures après-midi, 39°,3. — 11 heures du soir, 38°,2.

19 mars. — Le malade dit qu'il respire plus facilement, bien qu'il y ait un sifflement particulier pendant la respiration. Gêne au cou et un peu de dysphagie. Températures : 3 heures du matin, 37°,6. — 3 heures après-midi, 38°,9. — 7 heures après-midi, 38 degrés

20 mars. — Respiration plus facile, mais toux pénible, sans expectoration. Le malade a un après-midi et une soirée agités. Libre suintement de la plaie qui guérit bien. Pouls : 128 à la minute.

22 mars. — Le malade dit qu'il se sent beaucoup mieux; il n'a pas eu d'accès de suffocation depuis le 18. Sa toux s'améliore.

23 mars. — Tous les fils sont enlevés. On applique des bandes fixées avec du collodion.

26 mars. — L'hypertrophie des lobes latéraux diminue; la plaie devient granuleuse.

28 mars. — Plus de troubles fonctionnels. Le malade observe lui-même une diminution notable du corps thyroïde.

14 avril. — La plaie présente maintenant une surface unie et saine. La thyroïde est à peine sensible.

Le patient a eu de temps à autre des sueurs nocturnes, mais il ne présente aucun signe de phtisie.

4 mai. — Le sujet est envoyé en convalescence. On ne sent plus le corps thyroïde.

La température paraît avoir été quelque peu irrégulière, variant de 37 degrés, le matin du 24 mars; à 37°,8 le 20 et le 27; à 38°,9 le 2 avril soir; à 39 degrés, le 3 avril; à 39°,3, le 27 mars; 40 degrés, le 4 avril. Après le 9 avril, elle est redevenue normale. Plusieurs jours après l'opération il y eut un abaissement de 1 ou 2 degrés dans le milieu du jour, suivi d'une élévation le soir.

M. Sydney Jones présenta le cas précédent à la Société clinique de Londres et se montra partisan de l'ablation de l'isthme thyroïde, plutôt que de la grave opération de l'ablation totale. Et il insista spécialement sur l'atrophie des lobes latéraux qui suivit dans ce cas; résultat obtenu aussi dans les deux observations suivantes.

OBSERVATION VI

(*The Lancet*, 1884)

E... H... âgée de vingt-quatre ans, mariée, un enfant. Entre le 23 janvier 1884 à l'hôpital Saint-Thomas. Elle présente une grosseur au cou. Depuis dix ans, difficultés de temps à autre pour respirer. Accès de dyspnée pendant lesquels respiration stertoreuse, mais pas de cyanose. Chaque accès dure plusieurs heures et se continue trois jours durant. Ces deux dernières années, dysphagie et palpitations. Lipothymies à l'époque des règles. Anémie.

A son entrée, elle est pâle, mais assez grasse. Caractère sombre. L'examen montre que la tumeur thyroïdienne, qui monte quand la malade avale, est constituée par deux portions de la grosseur d'un œuf, réunies par un isthme large. Sur la ligne médiane, la longueur de l'hypertrophie mesure 5 cm. 25. Du côté droit, la tumeur

refoule le sterno-cléido-mastoïdien et s'étend jusqu'à la clavicule. Pas de fluctuation. La grosseur du lobe gauche est relativement faible, excepté près de l'isthme. Pas de dilatations veineuses, pas d'exophthalmie. Température normale. Rien au cœur, rien au rein.

6 février. — Après anesthésie au chloroforme, incision sur la ligne médiane, jusqu'à la fourchette. La tumeur vient faire saillie à travers la plaie. Il devient évident que la tumeur provenait du lobe gauche. Ligature de quelques vaisseaux.

On passe le doigt derrière l'isthme, et avec ce doigt pour guide, M. Sydney Jones perfore, avec une aiguille à anévrysme chargée d'une double ligature de soie forte, le milieu du côté gauche de l'isthme. Double ligature semblable du côté droit. Résection de la partie de l'isthme comprise entre les deux. Pas d'hémorragie.

La trachée était en forme de carène et comprimée latéralement. On laissa pendre les fils dans l'angle inférieur de la plaie. On mit un drain dans toute l'étendue de l'incision. On se servit de catgut et de soie alternés pour les sutures. Eau phéniquée, ouate iodoformée et salicylée; le tout recouvert d'une bande de gaze antiseptique. Le malade fut couché. Nouveau pansement le soir. Suintement. Température : 37°,1.

7 février. — Nouveau pansement; suintement sanguinolent. Pas mal de liquide d'apparence séreuse et peu teinté. La tête et les épaules de la malade sont élevées pour permettre un libre suintement. Température du matin : 38°,7; du soir, 39°,2.

8 février. — Pouls ; 92. Respiration : 24, à la minute. Température du matin : 37°,7; du soir : 37°,5.

11 février. — La plaie est complètement fermée.

29 février. — Pansement au sulfate de cuivre (15 pour 30).

4 mars. — La malade se lève.

16 mars. — La malade quitte l'hôpital. Atrophie et guérison.

OBSERVATION VII

(*The Lancet*, 1884.)

H... K..., âgé de dix-sept ans, ajusteur. Entre à l'hôpital le 24 mars. Sa mère avait un goitre. Depuis trois semaines la tumeur dont il est porteur a augmenté rapidement, surtout à gauche. On observe quelque altération de la voix, un peu de dysphagie; légères palpitations à l'occasion d'un effort insolite. A son entrée, il présente un goitre volumineux. L'isthme ne paraît pas intéressé. La tumeur est limitée aux lobes latéraux. Un peu d'hypertrophie cardiaque. Pas d'exophtalmie.

La circonférence du cou au niveau de la septième cervicale est de 38 centimètres, et, au point culminant, le cou mesure 41 centimètres; il y a $1/4$ de pouce de plus du côté gauche que du côté droit.

Opération, le 2 avril. — M. Sydney Jones fait une incision de 9 cm. 5 sur la ligne médiane; ligature de quelques veines. Isolation de l'isthme avec la sonde directrice. L'isthme, très friable, se rompt une fois séparé de la face antérieure de la trachée. Après doubles ligatures, résection d'une portion de l'isthme.

La trachée était légèrement comprimée latéralement. La partie antérieure de la trachée est complètement mise à nu. On place un drain dans la plaie, dont les bords sont reliés par une suture de soie. Pansement, sous le spray, à la manière ordinaire.

Suites opératoires simples.

Le malade se lève le seizième jour après l'opération, et le trentième jour, le cou ne mesure plus que 35 centimètres.

Le soir de l'opération, la température fut de 37 degrés, monta le matin suivant à 40 degrés, tomba pendant le jour à 37°,1, et s'éleva plus tard à 38 degrés. Depuis, elle subit une descente graduelle, excepté le 6, où elle s'éleva à 39 degrés. A partir de cette date, jusqu'au matin du 12, il y eut une ascension graduelle, atteignant 39°,8, et tombant le jour suivant à 36°,8. Après quoi, elle redevint normale.

CHAPITRE III

Abordons maintenant la partie principale de notre travail. Et d'abord, définissons le terme d'*Exothyropexie*. Il faut entendre sous ce nom le déplacement méthodique du goitre sur lequel on arrive à ciel-ouvert par une incision plus ou moins longue, subordonnée au volume de la tumeur ; puis son exposition entre les lèvres de la plaie, sous un pansement antiseptique. Le goitre est mobilisé au milieu des parties molles qui l'entourent. Il est luxé au-dessus de la ceinture osseuse costo-sterno-claviculaire qui l'enserme ; enfin, il est amené au dehors, faisant hernie dans la plaie, dont les bords, se refermant sur son pédicule, le maintiennent ainsi sans aucun autre moyen de fixation.

Au mot d'*exothyropexie* qui a été donné avant nous à cette opération, on pourrait, peut-être, substituer avec avantage celui de *thyroïdecthesis* : exposition de la thyroïde au dehors.

Indépendamment de ses observations précédentes, voici comment l'idée d'exposer au dehors le corps thyroïde hypertrophié est venue à M. le professeur agrégé

Jaboulay. En présence de fibromes utérins multiples criblant l'organe, et cependant de minime grosseur, il procéda à des énucléations minutieuses, et, l'opération terminée, laissa en dehors l'utérus recouvert d'un pansement antiseptique, pour éviter les risques d'un suintement sanguinolent intrapéritonéal. Il fit cette opération sur quatre malades qui toutes ont guéri simplement, et sans courir les risques d'une hystérectomie. De même, pour les salpingo-ovarites : au lieu de procéder à la castration, il essaya de conserver, et, pour ce faire, attira à l'extérieur, à travers la paroi abdominale incisée, les annexes malades, incisa les abcès ou les kystes, et pansa ces plaies étalées sous les yeux, et faciles à aborder comme s'il se fût agi d'organes superficiellement placés. Il eut la satisfaction de guérir deux femmes, après avoir vu rentrer progressivement à leur place naturelle trompes et ovaires déplacés dans un but thérapeutique. Enfin, dans un cas de tumeur solide intra-abdominale, inopérable par le fait de sa grosseur et du mauvais état de la malade, ce chirurgien attira au dehors la tumeur, referma rapidement derrière le pédicule, la paroi abdominale, et recouvrit la tumeur devenue externe d'un pansement antiseptique. Malheureusement, la malade mourut quatre jours après, car on était dans de très mauvaises conditions.

D'autre part, le retour au volume normal de la portion thyroïdienne hypertrophiée et laissée en place, soit après une thyroïdectomie partielle, soit après une strumectomie incomplète, ou encore l'opération de Sydney Jones, conduisit M. Jaboulay à penser que la cause de l'atrophie résidait dans la perturbation apportée au corps thyroïde par les manœuvres opératoires. Et, dès

lors, pourquoi extirper tout un lobe, par exemple, et s'exposer ainsi aux accidents de cachexie strumiprive, que Reverdin, entre autres opérateurs, a constaté plusieurs fois, même en dehors de la thyroïdectomie totale ?

Ne suffirait-il pas de luxer, d'attirer au dehors la tumeur thyroïdienne, en rompant ses adhérences ; et l'exposer ainsi au dehors pendant un temps plus ou moins long, pour la voir, dans un temps relativement court, s'atrophier et permettre au cou de reprendre son volume normal ?

Il est bien entendu que, dans l'esprit de M. Jaboulay, l'opération qu'il tenta, et dont suit l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer, il ne la fit point dans le seul but, et en principe, de parer aux troubles fonctionnels. Le résultat cherché par lui, avant tout, était l'atrophie. Les résultats en ont été si heureux, que Monsieur le professeur Poncet a procédé à une nouvelle opération de thyroïdecthesis ou exothyropexie, dont nous avons pu suivre au jour le jour les résultats.

OBSERVATION VIII

M..., J. âgé de quinze ans, né à Montrotier (Rhône), demeurant à Chambost, entre le 2 janvier 1893, dans le service de M. le professeur Poncet. Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe.

Père et mère morts jeunes, d'affections indéterminées. Le malade est fils unique, ne connaît personne de goitreux dans sa famille. Au physique, il est peu développé, on lui donnerait plutôt douze ans que quinze. Son intelligence est faible. Au dire d'une personne de son entourage, il a l'air tout abruti. Dans le village qu'il habite, il y a quelques goitreux. Il ne peut donner aucun renseignement sur les eaux du pays. Une particularité intéressante :

blond en entrant, le malade est sorti de l'hôpital brun, au bout de deux mois de séjour.

Il y a quatre ou cinq ans, il a vu se développer peu à peu une grosseur dans la partie droite du cou. Elle aurait augmenté de moitié depuis.

Actuellement, goitre occupant surtout la moitié droite de la thyroïde. Il est limité en haut par le rebord du maxillaire, latéralement par le sterno-cléido-mastoïdien, en bas par le sternum et la clavicule. La moitié gauche de la glande est hypertrophiée à un bien moindre degré. A droite, on sent un lobule aberrant hypertrophié. La tumeur subit un mouvement d'ascension très net pendant la déglutition. On sent bien l'angle antérieur du cartilage thyroïde. Il est un peu dévié à gauche. On ne peut pas suivre la face antérieure de la trachée complètement cachée derrière l'isthme hypertrophié.

La voix ne paraît qu'un peu rauque. Elle l'aurait été plus il y a un an suivant le malade. La respiration n'est pas bruyante au repos ; pendant la marche, léger cornage. Gêne de la respiration, surtout la nuit. Tous les quinze jours environ, accès de suffocation. Rien de particulier à l'auscultation, sauf quelques gros râles.

Pouls régulier, température normale. La circonférence du cou est de 44 centimètres à la partie inférieure, et 41 à la partie supérieure.

Opération, 5 janvier. — M. Jaboulay incise la peau sur la ligne médiane. Il tombe sur de très gros vaisseaux artériels et veineux. Impossible de délimiter l'isthme masqué par l'hypertrophie. Il reconnaît aussi que le goitre est un goitre charnu justifiable seulement de la thyroïdectomie partielle, et, repoussant cette intervention, tente, malgré l'incrédulité des assistants, d'appliquer sa nouvelle méthode : Il amène le goitre entre les lèvres de la plaie, après l'avoir détaché de ses adhérences avec les parties molles qui l'entouraient. Les bords de la plaie forment ainsi une boutonnière donnant passage à la masse hypertrophiée, sous l'aspect d'une grosse tomate. Elle est ainsi *autofixée*. On panse à plat avec des chiffons de gaze iodoformée. On laisse les pinces destinées à assurer l'hémostase.

7 janvier. — On enlève les pinces. Quelques épistaxis.

Signes de bronchite légère. Température : 39°,9.

8 janvier. — Vers 6 heures du matin, épistaxis très abondantes.

9 janvier. — Le malade entre dans une période d'agitation alternant avec de l'hébétude. Le malade ne répond pas aux questions. Il refuse les aliments et maigrit visiblement. Sa température atteint 39°,6, 39°,1. Son pouls bat de 150 pulsations à 180 à la minute. On croit pouvoir mettre ces accidents sur le compte de l'iodisme, mais on n'obtient pas sa réaction avec le calomel.

18 janvier. — Mesure du cou : 35 centimètres. Température normale.

23 février. — La température est normale, le petit malade reprend un appétit considérable.

Il redevient gai. Mesure du cou : 34 centimètres en bas, 32 sous l'os hyoïde, 33 au point culminant.

Le malade sort guéri le 1^{er} mars. La circonférence du cou n'est plus que de 31 centimètres. La plaie est rouge, mesure 5 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Elle est tendue par des brides cicatricielles. L'enfant respire facilement. Son état général a subi une véritable transformation.

Il n'est pas jusqu'à ses cheveux qui de blonds sont devenus presque bruns. Son intelligence s'est développée. Les personnes qui l'ont vu avant l'opération ont peine à le reconnaître.

Température : Le soir de l'opération : 38°,2.

Elle monte sans rémissions jusqu'à 39°,9 le soir du 7 janvier. Elle se maintient à peu près à ce niveau le 8 et le 9, puis s'abaisse à 38°,2, le 11, pour remonter de nouveau à 39 degrés le 13. Nouvelle période stationnaire entre 39 et 38°,6, entre le 13 et le 16 janvier. Après cette époque elle redescend à 37°,5, et 38 degrés, sans qu'aucun accident septique soit constaté du côté de la plaie.

Les pansements furent renouvelés environ tous les deux jours. A partir du 23 janvier, la température redevint à peu près normale.

OBSERVATION IX

M. L. ., âgé de vingt-six ans, cultivateur né à Laussonne, venu de Saint-Maurice (Haute-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu le 3 mars 1893, salle Saint-Philippe.

Père non goitreux. Mère inconnue.

Personne de goitreux dans sa famille. Il y en a quelques-uns dans le pays qu'il habite. On y boit de l'eau dont il ne peut préciser la provenance.

Le malade, d'ailleurs, est de taille au-dessous de la moyenne. Son poids est de 57^{kg},5. Il a un facies fœtal, l'habitus d'un demi-crétin. Il ne sait pas lire et paraît d'une intelligence bornée.

La tuméfaction dont il est porteur ne l'avait point préoccupé jusqu'à environ sept ans.

Il la fait dater de l'époque où il commença à éprouver quelque difficulté à respirer. Actuellement les troubles de la respiration ont augmenté. Le malade a de la dyspnée au moindre effort. De plus, la nuit il se réveille souvent, oppressé, ne pouvant avoir son souffle, dit-il. Ces accès durent presque toute la nuit, et se présentent presque quotidiennement. Il n'a jamais eu d'aphonie, ce qui fait supposer que les récurrents ne sont pas en cause, et que ces accès sont dus à un effet mécanique de compression sur la trachée.

On constate actuellement un goitre probablement charnu, occupant surtout le lobe droit. Le lobe gauche est beaucoup moins affecté. On est frappé à première vue par l'élargissement notable du cou assez uniformément augmenté de volume. La thyroïde est probablement hypertrophiée en masse.

Comme troubles de la parole une sorte de bégaiement, et une voix coassante.

Pouls : 70 pulsations à la minute. Température normale. Pas d'exophtalmie.

Urines normales, de densité 1.030.

Opération, le 4 mars. — M. le professeur Poncet, le malade

étant éthérisé, fait une incision sur la ligne médiane, de l'os hyoïde à la fourchette sternale. Les grosses veines jugulaires antérieures apparaissent à gauche, et un peu en dehors de l'incision. Avec une sonde cannelée, d'abord, puis avec les deux index recourbés en crochets, il pénètre dans l'interstice cellulaire médian.

Avec l'index de la main droite côtoyant le lobe latéral droit, il le détache avec précaution de l'atmosphère celluleuse qui l'enveloppe, et parvient sans difficulté à l'amener au dehors entre les lèvres de la plaie. Il constate alors son intégrité relative.

Le lobe paraît un peu augmenté de volume, mais sa forme est régulière. Il n'est ni plus dur qu'à l'état normal, ni bosselé, et ne présente pas d'état pathologique appréciable. M. Poncet le réintègre alors en son lieu et place pour soumettre aux mêmes manœuvres le lobe latéral gauche. Il reconnaît immédiatement qu'il pénètre profondément dans le médiastin, au-dessous de la ceinture costo-sternale.

Il est notablement hypertrophié, et les muscles correspondants sterno-hyoïdiens sont étalés sur lui sous forme de larges bandellettes. Les muscles sont écartés, et l'on procède à la décortication de cette masse profonde au moyen de l'index. On parvient sans peine et sans danger à la mobiliser et à la luxer entre les lèvres de la plaie. La tumeur a le volume d'une grosse mandarine. Des veines volumineuses sillonnent la capsule dans tous les sens. La déchirure de quelques-unes d'entre elles donne du sang en abondance. Des pinces hémostatiques appliquées immédiatement arrêtent cette hémorragie. La tumeur présente une coloration rosée rappelant le tissu thyroïdien normal, mais sur une grande partie de son étendue, elle est de teinte grisâtre, comme s'il s'agissait de kystes recouverts par une faible couche de tissu thyroïdien. Une ponction en deux points différents ne donne que du sang.

On fit deux ligatures ; et pour amener l'hémostase définitive, on laissa en place cinq pinces hémostatiques. On interposa entre la tumeur et les parties molles du cou une collerette de gaze iodée.

Dans le cours de l'opération, on nota un aplatissement de la trachée, en même temps qu'un léger degré de refoulement à gauche.

Pendant que M. Poncet cherchait à immobiliser le lobe droit, la respiration devint stertoreuse ; la face cyanosée, et il y eut quelques menaces d'asphyxie entretenues par des mucosités du côté des voies aériennes supérieures. L'écartement des mâchoires, la traction maintenue de la langue au dehors, l'écouvillonnage de l'arrière-gorge avec des tampons montés, permirent de parer promptement aux accidents anesthésiques.

De cette opération, nous désirons mettre en relief certaines particularités sur lesquelles M. Poncet appelle notre attention.

Pour avoir du jour, et libérer facilement les parties hypertrophiées, il a fallu chez notre malade, à cou large et court, faire remonter l'incision jusqu'au niveau de l'os hyoïde. On n'a pas pu en haut à redouter les mêmes dangers de blessure des gros troncs veineux comme au voisinage de la fourchette sternale. Enfin, la partie supérieure de l'incision donne du jour pour immobiliser les portions supérieures de la thyroïde.

Dans le cas actuel, la mobilisation du goitre n'a présenté aucune particularité digne d'être mentionnée, mais l'existence de grosses veines sillonnant la capsule, montre, en dehors d'organes voisins qu'il importe de ménager, la nécessité de côtoyer la glande avec soin, et de procéder avec la plus grande douceur pour éviter des déchirures vasculaires. Lorsque la tumeur a été luxée en dehors, une hémorragie veineuse en nappe se produit sur quelques points. Elle était entretenue par le déplacement du goitre dont la circulation, par suite du changement de position, doit être profondément modifiée.

Particularité intéressante à signaler : dans les premières manœuvres de mobilisation des troubles assez graves de la

respiration sont survenus. Ils doivent être en partie imputés aux tractions exercées sur la trachée plus ou moins déformée, et, probablement aussi, comme l'a indiqué M. Poncet, à la production d'abondantes mucosités du côté des voies respiratoires supérieures. Chez les vieux goitreux, avec troubles fonctionnels, il existe toujours en effet une trachéite plus ou moins marquée au voisinage de la déformation de la trachée. Sous l'influence de l'action irritante des vapeurs d'éther, une hypersécrétion bronchique abondante se produit, et les mucosités provoquent ainsi ou accroissent la gêne respiratoire. Aussi faut-il, suivant la remarque de M. Poncet, dans les opérations sur la thyroïde, et surtout dans celle qui nous occupe, prévoir ses accidents anesthésiques, et se tenir prêt à les combattre immédiatement.

Les suites immédiates de l'opération furent relativement simples. Comme notre premier malade, ce dernier présenta une température élevée, qui se maintint quelques jours à 39°,9; son pouls de 70 pulsations à la minute atteignit 122. Il était quelque peu dicrote, et très irrégulier. Sa respiration alla jusqu'à 33 mouvements respiratoires à la minute. Puis le malade présenta de la somnolence et l'hébétude; il perdit l'appétit, et maigrit. Depuis le 13 mars, environ, sa température du soir ne monte plus qu'à 38 degrés.

Aujourd'hui, 17 mars, elle est redevenue presque normale; le pouls est encore un peu fréquent. Le malade s'est remis à manger. Il respire très bien, sa voix est encore coassante, mais ni dyspnée ni accès de suffocation.

Le cou, qui mesurait, au moment du premier pansement et alors que le lobe gauche venait d'être exposé, 48 centimètres, n'en mesure plus que 41, au point culminant. Dans cette mensuration, en effet, il faut tenir compte qu'en exposant la tumeur au dehors, on sort hors d'une loge inaccessible, une grande partie, la

partie plongeant dans le médiastin, du goitre. D'ailleurs, à première vue, on peut évaluer la diminution de la partie exposée à un bon tiers du volume primitif.

Il en a été ainsi chez notre premier malade, et par conséquent, les résultats, au point de vue de l'atrophie, peuvent être considérés comme tout à fait concluants.

Température : La courbe postopératoire de ce malade est presque identique à celle du premier : Le soir de l'opération elle fut de 38°,5 et monta presque sans rémissions matinales à 39°,5 le 5 mars, à 39°,9 le 6 ; 39°,8 le 7 ; 39 degrés le 8. Entre le 8 et le 11 mars, nouvelle ascension presque sans rémissions jusqu'à 39°,9. Après quoi, elle redescend le soir à 48 degrés le 13 ; puis semble redevenir à peu près normale.

Notons bien qu'aucune trace d'infection du côté de la plaie, inspectée avec soin à chaque pansement, ne peut expliquer chez nos deux opérés ni la tachycardie, ni la température, ni les autres phénomènes observés.

Le manuel opératoire comprendra quatre temps :

Premier temps. — Incision de la peau et des parties molles sur la ligne médiane, à peu près analogue à celle employée dans la strumectomie ou la thyroïdectomie.

Deuxième temps. — Incision des plans aponévro-musculaires superficiels étalés au-devant de la portion hypertrophiée. Avec la sonde cannelée d'abord, puis avec les doigts recourbés en crochet, on libère le goitre des organes avoisinants en le côtoyant le plus près possible.

Troisième temps. — Luxation du goitre à travers la large boutonnière cutané-musculaire. On amène ainsi entre les lèvres de la plaie la partie hypertrophiée qui se maintient d'elle-même au-dehors, serrée qu'elle

est par les bords de la boutonnière refermée sur son pédicule.

Quatrième temps. — Exposition du goitre au dehors à demeure. Pansement à plat au moyen de couches de gaze iodoformée recouvertes de tours de bandes cervico-thoraciques.

CHAPITRE IV

En inaugurant sa méthode opératoire, M. Jaboulay voulait mettre en pratique une idée conçue d'emblée. Ce n'était pas contre les accidents de suffocation qu'il voulait agir particulièrement; ils n'étaient pas très pressants. D'autre part, le cas n'était pas plus embarrassant qu'un autre, en vue de la thyroïdectomie partielle. Il aurait même pu enlever par énucléation une masse saillante en haut et à droite, masse que nous avons notée sous le nom de lobule aberrant, dans notre observation. C'est contre la maladie locale et générale, l'enfant présentant les caractères d'un demi-crétin, que ce chirurgien a eu l'intention d'agir, en supprimant la cause probable de cet état crétinoïde, c'est-à-dire le développement anormal, l'hypertrophie du corps thyroïde. Et de fait, le résultat heureux que nous avons constaté chez son opéré, au point de vue de l'intelligence, semble justifier de tous points cette nouvelle intervention.

Ce n'est donc point ici une opération renouvelée de Bonnet. Celui-ci, en effet, comme on peut s'en rendre compte dans différents cas présentés à l'Académie des

sciences en 1831, 1845, 1855, ne songeait nullement à atrophier le goitre par sa simple luxation, son soulèvement. Il cherchait à parer d'abord aux accidents de compression; puis à atrophier le goitre au moyen de la cautérisation. Nous en dirons autant pour les manœuvres de Dupuytren, Liston, Billroth, Gosselin, Gross, Terrillon, Ollier. Enfin, tout récemment, au congrès de chirurgie, M. le professeur Poncet proposa une opération que nous devons citer, bien qu'elle s'applique à un cas de tumeur cancéreuse. Il la nomme *Circumotomie thyroïdienne*. Elle consiste dans la libération du néoplasme par la large incision des tissus voisins qui l'enserrent, et à mettre à nu le corps thyroïde le plus complètement possible. Le malade quitta l'hôpital dix-sept jours après l'opération, délivré, disait-il, de la sensation d'être horriblement serré par le cou.

Le dégagement de la trachée, la disparition des troubles fonctionnels tenant à la compression, est donc la *partie mécanique* de l'opération de M. Jaboulay. L'*atrophie* du goitre thyroïdecthésié, *partie vitale*, est le fait capital. Elle offre, en l'espèce, un très grand intérêt physiologique et thérapeutique. Thérapeutique, parce que l'on n'a pas à redouter les accidents de la thyroïdectomie. On n'agit pas à l'aveugle comme dans les procédés de la cautérisation. Enfin, suivant la juste remarque de M. le Dr Delore, le chirurgien ici opère à ciel ouvert, n'a besoin de rien fixer à la peau, et opère constamment sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie.

Au point de vue physiologique, tout est ici dans l'obscurité. Faut-il attribuer l'atrophie à la simple action de l'air sur la tumeur mise à nu, ou à une modification trophique

d'ordre vaso-moteur ? Nous penchons, pour notre part du côté de cette dernière hypothèse.

Nous avons vu, consécutivement à l'opération, survenir des troubles divers, soit dans la température, soit dans les mouvements respiratoires, et le pouls, enfin dans l'état général des malades opérés. La température atteignit dans les deux cas bien près de 40 degrés, sans qu'il y eût, du côté de la tumeur opérée, la moindre trace d'infection. Depuis les travaux de M. Bouchard, nous savons que, dans l'organisme, l'accumulation de produits récrémentitiels, de ferments solubles, voire de simples produits sécrétoires, provoque des accidents toxiques. C'est par les urines que l'on peut reconnaître ces toxines. Or, grâce à des injections intra-veineuses d'urines, chez les animaux, nous pouvons savoir quelle dose de matière toxique était contenue dans le sang, et par suite la toxicité de ces urines, au moment de la mort de l'animal.

Avant l'opération de notre second malade, sur un lapin pesant 1900 grammes, il a fallu 70 centimètres cubes de ses urines, soit 37 centimètres cubes par 1 kilo d'animal, pour amener la mort dans un temps donné. Après l'opération, toutes conditions égales d'ailleurs, il a fallu, pour obtenir le même résultat, environ la moitié moins pour 1 kilo d'animal. Il est donc probable que les urines de l'opéré, recueillies au moment de la résorption supposée des toxines contenues dans la tumeur thyroïdienne, contiennent des matières toxiques dont l'une est hyperthermisante. L'urine normale ne renferme pas en effet, parmi les sept substances toxiques mises en lumière par M. Bouchard, de substance hyperthermisante ; au contraire, son injection produit de l'hypothermie.

D'autre part, ainsi que nous l'avons constaté, aucune trace d'infection du côté de la plaie. Enfin, ce qui viendrait à l'appui de notre dire, c'est que M. Napier, de Glasgow, dans ses essais d'injection de suc thyroïdien sur des chiens, a vu s'élever la température de ces animaux qui normalement varie de 38 à 39 degrés.

Ces considérations nous amènent donc à penser que l'hyperthermie, la tachycardie, etc., l'état d'hébété-tude et d'agitation, chez nos deux opérés, sont le résultat de la résorption dans le sang de toxines contenues dans la tumeur.

Rappelons d'ailleurs que les interventions sanglantes sur la thyroïde s'accompagnent fréquemment pendant les premiers jours, d'une certaine élévation de la température qui oscille entre 38 degrés, 39 degrés, et même au delà. Nous avons sous les yeux, entre autres, la courbe thermométrique d'un strumectomisé, empruntée au service de M. le professeur Poncet. Elle rappelle presque absolument celle du malade de notre dernière observation. Maintes fois, pareille constatation a été faite, en dehors de toute infection du côté de la plaie, ce qui nous a fait songer à une fièvre aseptique d'origine thyroïdienne succédant à certaines modifications dans la structure de la glande.

On débarrasse, dans l'opération, des organes importants, et cela brusquement, d'une sérieuse compression ; on provoque des déchirures vasculaires ; on tiraille de petits filets nerveux ; enfin, par le déplacement de la tumeur, on modifie profondément la circulation de la glande. Sa structure et ses rapports nous indiquent assez les perturbations qui peuvent succéder à ces manœuvres portées sur une région de réflexes.

Les traumatismes même peu intenses jouent incontestablement le rôle de causes adjuvantes dans certaines atrophies. Et ici, n'irrite-t-on pas les filets vaso-moteurs du sympathique ? La lésion de certains nerfs peut, par une irritation morbide difficile à préciser dans sa nature intime, amener des troubles trophiques dans les parties où ils se distribuent, soit par une perte de sensibilité aux injures extérieures pour Snellen, soit par un trouble vaso-moteur, pour Schiff. Le système nerveux n'intervient dans la nutrition qu'en réglant par l'action alternative des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs la quantité de sang mise au service des éléments anatomiques. Or, dans l'opération qui nous occupe, on atteint gravement la sensibilité des filets sympathiques thyroïdiens.

On paralyse ainsi un centre vaso-moteur dont l'action est alors brusquement suspendue sous l'influence d'une impression périphérique. C'est une lésion trophique réflexe. Et ce qui semble le prouver, c'est l'état de dénutrition général dans lequel se sont trouvés les malades de nos deux observations. Le second paraît avoir beaucoup maigri. Tout en lui indique une perturbation de la nutrition. Il en a été ainsi chez notre premier opéré pendant environ trois semaines, après quoi il a recouvré un appétit considérable, si bien qu'à sa sortie il avait l'apparence d'une excellente santé. Peut-on nier, en présence de ces faits que la nutrition, frappée pendant quelque temps, de stupeur, ait comme oscillé, pour reprendre ensuite une marche réparatrice.

CONCLUSIONS

Lorsqu'un goitre a causé des accès de suffocation, pas d'hésitations : opérons avant que la nécessité nous force la main.

Jusqu'ici le chirurgien n'avait, comme moyens d'intervention, que la strumectomie, et la thyroïdectomie partielle.

De la strumectomie, nous ne parlons que pour mémoire, car dans le goitre franchement charnu, l'énucléation est impossible. Reste la thyroïdectomie partielle. D'un côté, bien souvent, l'énorme vascularité de certains goitres, en rend l'exécution difficile et très dangereuse. De l'autre, on a observé à sa suite des cas de cachexie strumiprive qui, bien que moins fréquents que dans la thyroïdectomie totale, ne laissent pas que de faire réfléchir.

L'*exothyropexie* ou plutôt la *thyroïdecthésis* évite l'un et l'autre de ces accidents. Mais si nous insistons sur ses avantages, reconnaissons ses défauts : Elle a le tort d'entraîner une cure longue et des soins minutieux à

chaque pansement. Sans doute, il est pénible, pour un opéré de cette façon, de rester au moins un mois avec sa tumeur suintante, de rester le cou emprisonné dans son pansement. La guérison est bien plus rapide dans les deux opérations précédentes, puisque au bout d'une semaine la plaie est déjà refermée.

Cependant, nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que M. Jaboulay a doté la thérapeutique chirurgicale du goitre d'une méthode capable de faire rétrocéder sans danger des goitres volumineux.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

